FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944 **THESE** N° 27

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

DOUSSOT Georges-Gabriel-Jean-Paul.

Né le 22 Juillet 1916, à Plérin (Côtes-du-Nord).

Présentée et soutenue publiquement le 16 FEV. 1944 .....19..

ENQUÊTE

SUR LE

SCORBUT INFANTILE

A ROUEN

PENDANT LES ANNÉES 1941-1942-1943

Président : M. CATHALA, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1944

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DOUSSOT.**

Prénoms : **Georges-Gabriel-Jean-Paul.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DOUSSOT (Georges-Gabriel-Jean Paul). — Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941-1942-1943. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, *in*-8°, 47 *p.*, 3 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1944, *N°* .....).

DOUSSOT (Georges-Gabriel-Jean Paul). — Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941-1942-1943. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, *in*-8°, 47 *p.*, 3 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1944, *N°* .....).

DOUSSOT (Georges-Gabriel-Jean Paul). — Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941-1942-1943. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, *in*-8°, 47 *p.*, 3 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1944, *N°* .....).

DOUSSOT (Georges-Gabriel-Jean Paul). — Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941-1942-1943. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, *in*-8°, 47 *p.*, 3 *fig.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1944, *N°* .....).

DOUSSOT (Georges-Gabriel-Jean-Paul). — Enquête sur le scorbut infantile à Rouen pendant les années 1941-1942-1943. — Paris, Imp. R. Foulon, 1944, in-8°, 47 p., 3 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1944, N° .....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

DOUSSOT Georges-Gabriel-Jean-Paul.
Né le 22 Juillet 1916, à Plérin (Côtes-du-Nord).

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

ENQUÊTE
SUR LE
SCORBUT INFANTILE
A ROUEN
PENDANT LES ANNÉES 1941-1942-1943

Président : M. CATHALA, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1944

LE DOYEN..... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI. FIESSINGER. HARVIER. P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT. BROCQ. QUENU. MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	N... N... PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON. GIROUD. HAZARD. JAYLE. JOANNON. OLIVIER. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.

MM.	
DE GENNES	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.	
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE . BRULE ..... CHEVALLIER . LAROCHE Guy .. MOREAU ..... SEZARY	Clinique médicale	BASSET ..... GATELLIER .... DE GAUDART D'ALLAINES .. MOULONGUET .. MOURE	Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE .....
VIGNES ..... } Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Témoignage de ma tendre affection.

A MES PARENTS

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec l'expression de mon respectueux attachement.

A MES ONCLES ET TANTES

A MES FRERES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur CATHALA

Professeur d'hygiène et de clinique de la première enfance
de l'Hôpital Trousseau

Avec l'expression de nos sentiments de respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur VAUDOUR

Médecin des Hôpitaux de Rouen

Il nous a inspiré cette thèse et nous a guidé dans sa rédaction.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le DIRECTEUR
et a Messieurs les PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE ROUEN

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Monsieur le Docteur LECAPLAIN
Médecin des Hôpitaux
(in memoriam)

Monsieur le Docteur DESSAINT
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur DEVE
Professeur honoraire de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen

Monsieur le Professeur LAURET
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur HECART
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur VAUDOUR
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CASTAGNOL
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur FLEURY
Médecin des Hôpitaux

Respectueux hommage.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour nous avoir facilité notre travail en nous fournissant de précieux renseignements.

A NOS MAITRES DE CONFERENCES

MONSIEUR LE DOCTEUR THOREL
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DORDAIN
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BILLIARD-DUCHESNE
Médecin des Hôpitaux

A NOS MAITRES INTERIMAIRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

MESSIEURS LES DOCTEURS :

POTEZ, STEWART, PIERSON
Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LESSERTISSEUR
Electro-Radiologiste des Hôpitaux

Avec l'expression de notre reconnaissance pour les clichés et les interprétations radiologiques qu'il nous a fournis à l'occasion de ce travail.

MESSIEURS LES DOCTEURS :

FREY, DECOULARE, DELAFONTAINE
Electro-Radiologistes des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR JOUSSEAUME
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DIJON
Chef de Clinique de la Maternité

A Monsieur le Docteur LOISEL

A Monsieur le Docteur THEVENIN

Il nous a fourni la plupart de nos observations.

Avec nos remerciements et nos sentiments les meilleurs.

A Monsieur le Docteur LANCESTRE

A Monsieur le Docteur COUDERC

Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments respectueux.

INTRODUCTION

Parmi toutes les conséquences de l'état de guerre, les répercussions pathologiques ne sont pas les moindres.

Les restrictions alimentaires qui affaiblissent l'organisme et qui de ce fait diminuent considérablement ses moyens de défense, rendent particulièrement redoutables certaines affections, tandis que d'autres maladies, exceptionnelles en temps ordinaire, sortent de l'oubli relatif dans lequel elles étaient souvent tombées et nous obligent à reconsidérer des problèmes que la vie normale de nos régions semblait devoir reléguer au second plan.

Ainsi la Maladie de Barlow qui, de l'avis des praticiens de Rouen, n'était rencontrée en notre ville qu'exceptionnellement avant guerre, s'est manifestée avec une fréquence relativement importante durant les années 1941-1942 et 1943.

Nous avons eu l'occasion de suivre un de ces petits malades à l'Hôpital-Sanatorium, dans le service du Docteur VAUDOUR, et l'idée nous est venue de faire une enquête auprès des praticiens rouennais pour rechercher les cas de scorbut infantile qu'ils avaient pu observer. Nous avons donc écrit à chaque médecin susceptible d'avoir soigné des nourrissons atteints de cette affection et nous avons pu réunir quelques observations souvent bien incomplètes mais présentant un intérêt statistique.

Pendant un an nous avons continué notre enquête et nous présentons dans ce travail dix cas de maladie de Barlow observés dans la seule ville de Rouen.

Il convient de noter que cette épidémie s'est manifestée dans d'autres régions, à telle enseigne que le 27 octobre 1943 était soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris une thèse sur six cas de scorbut infantile observés à Nantes dans un service de pédiâtrie.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'entreprendre un travail sur ce sujet à cause de son caractère d'actualité et, dans le cas particulier de notre thèse, à cause de son intérêt statistique local.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION RECUEILLIE A L'HOPITAL-SANATORIUM

Cette observation de scorbut infantile fut le point le départ de notre travail.

Enfant Françoise M..., 7 mois.

Cette enfant est amenée, le 16 mars 1942, à la consultation de l'Hôpital-Sanatorium, dans le service de M. le Docteur VAUDOUR, pour des troubles qui, aux dires de la mère, se sont installés depuis quelques semaines :

Ils consistent essentiellement en douleurs et impotence des membres inférieurs; l'enfant pousse des cris lorsqu'on s'en occupe ou même simplement dès que l'on s'en approche.

En outre, sa température est aux environs de 38°-38°5. L'enfant refuse ses biberons et perd du poids.

Cette enfant, née à terme, pesait à sa naissance 2 kg. 750; elle a été élevée au lait de vache, auquel a été ajouté une bouillie depuis l'âge de 5 mois 1/2; elle n'a présenté aucune maladie et s'élevait facilement quand sont survenus les troubles actuels.

On est frappé immédiatement par l'aspect des membres inférieurs :

Ils sont en légère flexion et rotation externe.

A droite, la cuisse est tuméfiée en masse, le mollet également. La peau est lisse, tendue, légèrement brillante; il existe un léger œdème du pied.

A gauche, c'est le même aspect mais plus atténué.

La cuisse droite est d'une dureté presque ligneuse, on constate un véritable fuseau qui entoure le fémur; le mollet droit présente les mêmes caractères.

A gauche, on retrouve ce fuseau, mais moins marqué; le mollet est normal.

Tout cet examen, fait avec la plus grande douceur, est manifestement douloureux et provoque des cris.

Les deux membres inférieurs restent immobiles, inertes; une excitation cutanée légère ne provoque aucun mouvement; seuls les orteils ont gardé leur mobilité.

L'enfant est pâle, un peu maigre, sa fontanelle paraît normale, ni tendue, ni dépressible.

Une incisive inférieure commence à percer, mais l'examen buccal ne révèle rien d'anormal.

Les membres supérieurs ont un aspect normal; l'enfant les remue spontanément.

On note l'existence d'un chapelet chondro-costal.

Les poumons sont normaux, le cœur également.

L'abdomen est souple; le foie déborde d'un travers de doigt, la rate n'est ni palpable ni percutable.

Le poids de l'enfant est de 5 kg. 900.

Au total, il s'agit d'une impotence provoquée par une tuméfaction douloureuse et dure des cuisses, principalement à droite, et du mollet droit.

C'est manifestement une Maladie de Barlow caractérisée par une pseudo-paralysie douloureuse des membres inférieurs avec des hématomes.

Cet examen clinique a été complété par les recherches suivantes :

1° Une recherche de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang de la mère s'est révélée négative.

2° un examen hématologique a montré :

a) un taux d'hémoglobine à 50 %;

b) numération globulaire :

globules rouges	3.000.000,
globules blancs	4.800;

c) formule leucocytaire :

polynucléaires neutrophiles	60
polynucléaires éosinophiles	1
méta-myélocytes	2
mononucléaires	24
lymphocytes	13

3° Des radiographies des genoux permettent de remarquer :

a) un cerclage des noyaux épiphysaires;

b) une ligne épiphysaire dense, un peu festonnée, terminée par des éperons;

c) une zone claire sus-jacente à la ligne épiphysaire réalisant la ligne scorbutique;

d) des travées osseuses peu visibles.

L'enquête sur l'alimentation de l'enfant a montré qu'elle était nourrie avec un lait pasteurisé bouilli et qu'elle n'avait jamais eu de jus de fruits.

Le traitement par l'acide ascorbique synthétique fut immédiatement entrepris. L'action fut rapide, mais demanda cependant un certain nombre de jours pour se manifester.

La température persista pendant 5 jours; il y eut même un clocher à 40°2, qui fit craindre une complication pulmonaire.

Les douleurs disparurent en quelques jours; l'impotence et les tuméfactions ne s'améliorèrent que très progressivement.

Quinze jours après le début du traitement, la mobilité des membres était complète.

La pâleur diminua rapidement, l'appétit revint et le poids reprit après correction du régime, qui était insuffisant; un mois après le début du traitement, le poids était de 6 kgs 500.

L'enfant fut traitée uniquement par la vitamine C synthétique, à raison de 2 comprimés de 5 centrigrammes par jour, puis de 3 à partir du 23 mars.

L'acide ascorbique fut recherché quotidiennement dans les urines par la méthode de Tillmans (décoloration du 2-6-dichloro-phénol-indo-phénol.

Il nous est malheureusement difficile de faire état de cette recherche à cause de son résultat anormal; en effet, l'acide ascorbique n'apparut dans les urines que le 4 mai; la mise en charge de l'organisme dura donc 43 jours; la dose totale d'acide ascorbique donnée dans ce temps fut de 5 gr. 85.

A noter enfin que les nodosités chondro-sternales n'étaient plus perceptibles en fin de traitement.

Mais une ampoule de Stérogyl 15 avait été donnée également dès les premiers jours du traitement; on ne peut donc pas rapporter avec certitude ces déformations au scorbut.

L'enfant est sortie guérie le 15 mai 1942.

Pour éviter le retour de pareils accidents, le traitement par acide ascorbique a été continué à raison de 3 comprimés de 5 centigrammes par semaine.

Chapitre II

L'ENQUÊTE

L'observation du cas que nous venons d'étudier fut pour nous le point de départ d'une enquête.

Les observations de scorbut infantile étaient en effet exceptionnelles à Rouen avant la guerre, où nous n'avons relevé que trois cas, publiés par M. le Docteur Fleury, en 1932 et 1933.

Il convenait donc de rechercher si notre cas était isolé ou s'il s'agissait d'une recrudescence, nous pourrions presque dire d'une réapparition de cette maladie.

Nous commençâmes par interroger les chefs de service des hôpitaux de la ville, où quelques nourrissons présentant cette affection avaient été vus en consultation, mais nous ne pûmes recueillir que deux observations. Cela prouvait malgré tout que notre petite malade n'était pas un cas isolé.

Il ne nous restait plus qu'à continuer notre enquête auprès des praticiens de Rouen, car nous nous bornâmes à la seule ville, ce genre de travail ne pouvant être mené sérieusement que si l'on s'adresse personnellement à chaque médecin pour obtenir des renseignements précis.

Nous nous adressâmes à tous ceux qui étaient susceptibles d'avoir soigné de tels cas, c'est-à-dire à la plupart des médecins faisant de la médecine générale et aux pédiâtres. A ceux que nous ne pûmes toucher directement,

nous écrivîmes une lettre dans laquelle nous leur demandions s'ils avaient eu l'occasion de rencontrer dans leur clientèle des nourrissons atteints de Maladie de Barlow, et dans ce cas de nous préciser :

1° la date approximative de leurs constatations;

2° l'âge du petit malade;

3° l'alimentation que celui-ci recevait;

4° la symptomatologie observée;

5° les résultats des examens radiologiques et des examens de laboratoire qui avaient pu être pratiqués;

6° le traitement et l'évolution.

Nous terminions notre lettre en leur demandant de nous faire savoir si, avant la guerre, il leur était arrivé de rencontrer de tels cas.

Dans ces conditions, nous ne pouvions avoir la prétention d'obtenir des observations complètes comme l'on peut en fournir sur des malades hospitalisés; notre travail tirait son intérêt de sa forme de statistique de laquelle on pouvait dégager par la suite des conclusions sur l'étiologie et la prophylaxie de la maladie, ne nous bornant au point de vue symptomatologie qu'à souligner quelques points, les nombreux travaux entrepris jusqu'à ce jour sur cette question ne laissant pas de place à de nouvelles acquisitions dans un travail aussi modeste que le nôtre.

Nous avons aussi interrogé quelques médecins de la campagne environnante, mais les réponses négatives qu'ils nous ont faites ne peuvent donner aucune indication vraiment intéressante et, si nous n'avons recueilli aucune observation de Maladie de Barlow dans le milieu rural, notre enquête a été bien trop imparfaite pour que nous puissions en tirer des conclusions. Une facteur intéressant doit cependant être noté, c'est qu'à l'Hospice Général de Rouen, qui draine une bonne partie des malades de la Seine-Inférieure et de l'Eure, de même que chez

les différents pédiâtres de la ville, les cas de scorbut infantile ont été exclusivement observés chez des enfants habitant la ville de Rouen.

Notre enquête nous a permis de recueillir neuf observations.

OBSERVATION N° I

(Communiquée par M. le Docteur Fleury.)

D... Gérald, né le 23 avril 1940.

L'enfant est vacciné le 6 février 1941 avec succès (deux inoculations antérieures n'ayant pas eu de résultat); après la vaccine surviennent des vomissements, qui cessent une semaine, puis recommencent. L'enfant devient grognon; les parents constatent qu'il ne peut plus se tenir debout et qu'il souffre de la jambe gauche. Ils le conduisent alors en consultation à l'hôpital, le 19 mars 1941.

L'enfant est en bon état de nutrition.

La jambe gauche est hypotonique, elle est plus chaude que la droite, un peu œdémateuse, les plis de la chaussette y restant plus marqués.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux des deux côtés; le cutané plantaire en extension.

Il n'y a rien d'autre. L'éruption dentaire se fait normalement. Le foie et la rate, les poumons et le cœur sont normaux.

Un frère de 5 ans est bien portant; la mère n'a pas fait de fausses couches.

Nourri au lait de vache bouilli, l'enfant n'a pas reçu de jus de fruits depuis octobre 1940.

La radiographie des genoux montre :

1° des lignes épiphysaires épaisses, terminées par un éperon aux tibia et fémur gauches;

2° des noyaux épiphysaires cerclés d'un anneau (clair sur le négatif);

3° des travées osseuses peu visibles; il n'y a pas de raréfaction au-dessus de la ligne épiphysaire.

Accessoirement, l'examen électrique des muscles montre, par comparaison avec le côté droit, une légère hypo-excitabilité galvanique du membre inférieur gauche.

L'enfant est mis au jus de fruits.

Revu quatre jours après, il ne souffre presque plus.

Le 7 avril, il va tout à fait bien.

OBSERVATION n° II

(Communiquée par M. le Docteur FLEURY.)

P... Roland, 9 mois.

A été soigné de 4 à 6 mois pour athrepsie et diarrhée par le Docteur THEVENIN, qui obtint une forte reprise de poids et une amélioration considérable.

Le 23 septembre 1941, la mère le ramène pour amaigrissement, hypotonie musculaire et anorexie, au Docteur THEVENIN, qui l'envoie au Docteur FLEURY.

L'enfant pèse 6 kgs 400. Il refuse ses bouillies et, depuis une quinzaine de jours, crie dès qu'on le touche.

Il n'y a pas de purpura, pas d'hématomes.

Les viscères sont normaux.

Un chapelet costal est perceptible, la fontanelle est large. On note des sudamina.

L'enfant est nourri au lait de vache (6 biberons de 160 grammes, plus 20 grammes d'eau); il ne prend guère de farines, il n'a jamais eu de jus de fruits ni de légumes. Le lait est bouilli dix minutes et n'aurait pas été pasteurisé.

La radiographie des genoux montre :

1° lignes épiphysaires denses, avec éperons aux deux fémurs;

2° anneau clair péri-épiphysaire (sur le négatif);

3° trabéculation atténuée et légère raréfaction osseuse au-dessus de la ligne épiphysaire (ébauche de la ligne scorbutique).

On prescrit du Vitascorbol et selon les nouvelles données par le Docteur THEVENIN, les symptômes disparaissent en quelques jours.

OBSERVATION n° III

(Communiquée par M. le Docteur FLEURY.)

L... Claude, 7 mois 1/2.

Envoyé au Docteur FLEURY, le 7 octobre 1941, parce que, malgré un état général satisfaisant, il paraît souffrir dès qu'on le mobilise; en particulier la mobilisation des membres inférieurs (surtout la flexion de la cuisse gauche) semble douloureuse. Le reste de l'examen clinique est négatif.

En effet, l'examen viscéral est normal : l'enfant est d'aspect floride et pesait 7 kgs 500 à sa dernière pesée, il y a trois semaines. Le foie et la rate sont normaux.

Il n'y a ni purpura ni hématome (l'enfant n'a pas de dents).

L'enfant souffre des genoux depuis trois semaines, sa température est irrégulière et est montée à 38°5. Le palper des genoux lui arrache des cris.

L'appétit est bon. L'enfant est nourri avec un lait que la mère se procure dans une crèche, où il est stérilisé par ébullition pendant 40 minutes. Depuis peu, on a ajouté un peu de Blédine. Depuis l'âge de 2 mois 1/2, l'enfant n'a pas reçu de jus de fruits.

Le diagnostic de scorbut est évident. La vitamine C guérit l'enfant en quelques jours.

OBSERVATION n° IV
(Communiquée par M. le Docteur THEVENIN.)

Enfant J. Ch..., 6 mois.

Cet enfant est conduit à la consultation, le 5 mars 1942, parce que depuis un certain temps il présente de petites poussées fébriles irrégulières.

A l'interrogatoire, on ne relève aucun antécédent morbide : l'enfant, né à terme, a toujours été bien portant. Il est nourri au lait de vache que la mère se procure dans une crèche, où le lait est donné aux familles, sucré et après avoir bouilli pendant 40 minutes. L'enfant ne prend pas de jus de fruits.

L'examen montre une petite tuméfaction de la gencive supérieure, en rapport avec la poussée des deux incisives médianes.

On ne trouve aucune autre manifestation pathologique.

Le 20 mars, l'enfant est revu, son état s'est aggravé. La température persiste, ondulant entre 38° et 39°. De plus, il ne boit presque plus et présente de la diarrhée. L'amaigrissement devient important.

L'examen montre que les deux incisives dont on aperçoit la pointe ne poussent pas.

L'enfant pleure continuellement sans présenter d'algies localisables.

Le 10 avril, l'enfant ne va pas mieux et l'on constate une important foyer de congestion pulmonaire de la base droite.

La température reste aux environs de 39°.

Cette lésion domine rapidement le tableau clinique et évolue vers la guérison.

Vers le 20 avril, nous constatons la régression des signes physiques de la congestion pulmonaire, cependant l'état reste grave :

La tuméfaction gingivale s'accroît, devient violacée et, en quelques jours, se manifestent les signes cliniques d'un scorbut grave :

Polyalgies,

Volumineux œdèmes des membres inférieurs, intéressant principalement la jambe gauche.

Troubles intestinaux caractérisés par de la diarrhée.

On institue alors un traitement au Vitascorbol : on fait prendre chaque jour à l'enfant 3 comprimés dosés à 50 milligrammes, sur le conseil du Docteur LOISEL, à qui l'enfant avait été envoyé en consultation.

On note une grosse amélioration et, en dix jours, les œdèmes ont beaucoup régressé.

Néanmoins, le genou gauche restant gros et la palpation permettant de constater la présence d'une tuméfaction osseuse de l'extrémité inférieure du fémur gauche, on est amené à pratiquer, le 11 mai 1942, une radiographie des membres inférieurs, chez le Docteur LESSERTISSEUR.

Les clichés montrent à gauche de volumineuses formations ostéo-périostées par ossification d'hématomes sous-périostés, localisés à la partie inférieure du fémur, au-dessus du cartilage diaphyso-épiphysaire; ces formations triplent l'épaisseur du fémur et engainent complètement l'os, de plus on note un cerclage des noyaux épiphysaires.

A droite, on retrouve les mêmes formations, mais moins prononcées.

L'enfant est alors traité par les injections de Laroscorbine : 50 milligrammes par jour.

L'ossification des hématomes suggère au Docteur LESSERTISSEUR l'idée de procéder à des séances de radiothérapie.

Au bout de deux mois, on observe une guérison complète; l'enfant, revu en octobre, est toujours bien portant.

Une nouvelle radiographie, pratiquée au mois de février 1943, montre une disparition des formations ostéo-périostées.

En résumé, il s'agit d'un enfant de six mois élevé au lait bouilli sans jus de fruits, donc régime très scorbuti-

Observation n° 4. — Enfant Ch...
Genou droit.

gène, et qui présente un tableau de scorbut infantile avancé assez complet :

Polyalgies,

Troubles digestifs,

Hématomes sous-périostés avec, dans ce cas particulier, une ossification de l'hématome,

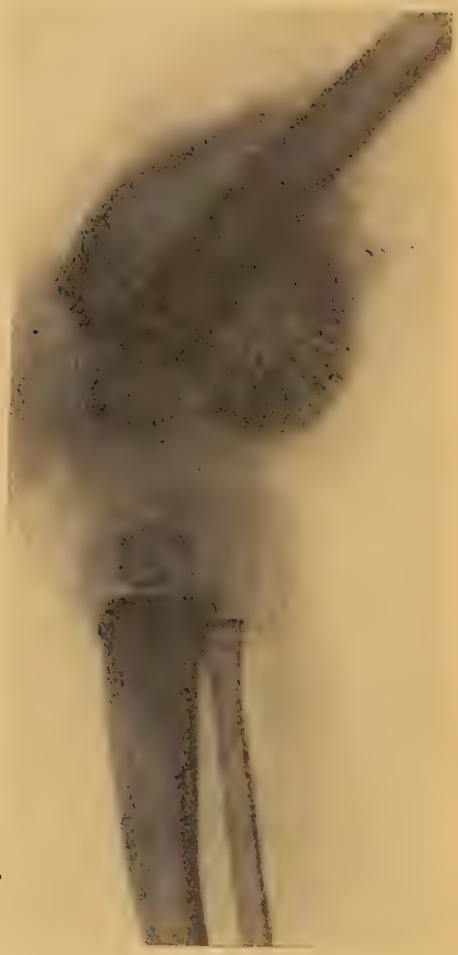
Gingivite hémorragique,

Température,

Observation n° 4. — Enfant Ch...

Genou gauche.

Volumineux hématome sous-périosté avec ossification.



Observation N° 4. — Enfant Ch...

Genou gauche de profil.

Volumineux hématome sous-périosté avec ossification.

Avec une affection surajoutée : la congestion pulmonaire de la base droite.

Signalons une lacune de l'observation : pas de recherche des signes d'anémie.

L'évolution est normale : guérison après traitement classique par administration d'acide ascorbique, l'ossification de l'hématome nécessitant de plus la radiothérapie.

OBSERVATION n° V

(Communiquée par M. le Docteur THEVENIN.)

Enfant B..., 6 mois.

Enfant examiné durant l'hiver 1941-1942.

Cet enfant a été amené à la consultation, car il se plaignait de douleurs aux membres inférieurs.

L'enfant criait quand la mère le sortait de son berceau.

De plus, ce bébé présentait depuis un mois des troubles digestifs, surtout de l'anorexie.

A l'examen, nous constations que les genoux étaient tuméfiés et que toute mobilisation des membres inférieurs arrachait des cris à l'enfant.

A noter de plus une certaine anémie, mais pas d'hémorragie.

Par contre, nous remarquions une tuméfaction gingivale avec arrêt de la dentition.

L'enquête étiologique montrait que l'enfant était nourri exclusivement au lait de vache stérilisé.

Devant ces signes, le diagnostic de scorbut infantile était probable.

Un traitement par Vitascorbol et jus de fruits devait amener une sédation des symptômes en une huitaine de jours.

OBSERVATION n° VI

(Communiquée par M. le Docteur LANCESTRE.)

Enfant L..., 10 mois.

Cet enfant est vu à notre consultation au mois de juillet 1942, parce que, depuis une certain temps, on ne pouvait le prendre sans le faire crier.

L'examen de cet enfant montrait une anémie importante avec décoloration avancée des muqueuses.

Nous ne notions aucune déformation des membres, mais la palpation des genoux était douloureuse.

Nous ne remarquions pas de gingivite ni aucune hémorragie.

Une radiographie, faite sur la demande de M. le Docteur FLEURY, à qui nous avions adressé le petit malade, montrait des lésions scorbutiques des extrémités diaphysaires des deux fémurs.

A l'interrogatoire, nous apprenions que l'enfant était nourri exclusivement avec du lait de vache fourni par une crèche où il avait été stérilisé par ébullition de 40 minutes.

L'enfant n'avait jamais absorbé de jus de fruits.

On prescrivit quatre comprimés pendant deux jours, 3 comprimés les deux jours suivants et enfin 2 comprimés par jour de Vitascorbol, ce qui amena une guérison complète au bout d'une semaine.

OBSERVATION n° VII

(Communiquée par M. le Docteur THEVENIN.)

Enfant P... Daniel, 7 mois.

Enfant amené à la consultation le 8 février 1943, pour douleurs des membres inférieurs et supérieurs.

Ces douleurs, qui font pleurer l'enfant lorsqu'on le touche, intéressent surtout les genoux, les hanches et les épaules.

On remarque un œdème dur des jambes.

Les gencives sont tuméfiées mais on ne note pas d'hémorragie. L'enfant ne présente pas de troubles digestifs.

La notion d'épidémie de sorbut infantile étant connue, le diagnostic est posé et l'on donne à l'enfant 3 comprimés par jour de Vitascorbol; on lui fait de plus trois injections par semaine de Laroscorbine.

On ajoute à son régime normal, qui était composé exclusivement de lait de vache stérilisé, des jus de fruits.

L'enfant est revu le 20 février 1943, il est complètement guéri.

OBSERVATION n° VIII

(Communiquée par M. le Docteur Fleury.)

Enfant F..., 7 mois.

Petite fille conduite à notre consultation le 30 octobre 1943 parce que présentant depuis 6 semaines des symptômes alarmants d'anémie et des douleurs des membres inférieurs.

Début brusque un soir du mois de septembre 1943 : la maman, voulant mobiliser les jambes de l'enfant, celle-ci se met à crier; le lendemain, le fait de toucher à ses membres inférieurs ou simplement de s'approcher d'elle lui arrache des cris.

Elle n'a plus d'appétit, elle est constipée, elle devient de plus en plus pâle, mais cependant ne maigrit pas.

Auparavant, l'enfant avait toujours été bien portante et dans sa famille nous ne relevons aucun antécédent morbide.

C'est une enfant de taille et de poids normaux.

On est frappé par sa pâleur; ses jambes sont inertes et semblent paralysées, leur mobilisation et leur palpation sont douloureuses. Il n'y a pas d'œdème.

L'examen de la bouche montre des gencives tuméfiées avec un hématome siégeant derrière les incisives supérieures.

L'enfant a six dents mais on apprend que la dentition n'a fait aucun progrès depuis le début de la maladie.

Cette enfant était nourrie au lait pasteurisé, que la maman se procurait dans le commerce et qu'elle faisait bouillir chez elle pendant 5 minutes. Elle prenait 4 biberons de 180 grammes, plus 2 bouillies par jour; pendant les mois d'été, on y avait ajouté du jus de fruits (pêches, raisins, tomates), mais en quantité insuffisante et de façon très irrégulière.

Un traitement par Vitascorbol est alors institué à raison de 4 comprimés pendant 3 jours, puis 2 comprimés par jour.

Au bout de deux jours, les douleurs avaient disparu et l'enfant, vue par nous-même, le 21 décembre 1943, est complètement guérie.

OBSERVATION n° IX

(Communiquée par M. le Docteur THEVENIN.)

Enfant B..., 8 mois.

Enfant conduit à la consultation le 14 décembre 1943. C'est un enfant robuste, dont la courbe de poids était normale jusqu'à la fin du mois de novembre; depuis, elle reste stationnaire. A partir de cette date, l'enfant est grognon, devient de plus en plus pâle et pleure dès qu'on s'approche de lui et dès qu'on le touche; il ne boit presque plus, vomit et présente de la constipation.

A l'examen, on constate un ballonnement du ventre.

L'extension des quatre membres est douloureuse et arrache des cris à l'enfant.

L'examen de la bouche montre deux incisives médianes supérieures dont on aperçoit la pointe. La dentition n'aurait fait aucun progrès depuis le début de la maladie.

L'enfant était nourri au lait bouilli sans jus de fruits.

On institue un traitement par Vitascorbol à raison de 3 comprimés par jour.

Le 21 décembre, l'enfant est revu guéri.

***

Nous ne saurions terminer ce chapitre sans signaler que M. le Docteur Fleury eut l'occasion de voir pendant l'été et l'automne et l'année 1941 trois autres cas de scorbut infantile : dans l'un, l'enfant avait été conduit à un radiographe qui fit appel au pédiâtre pour poser un diagnostic; dans un autre, l'enfant était soigné pour rhumatisme articulaire aigu.

Enfin, nous-même avons eu connaissance de deux ou trois cas de Maladie de Barlow, observés pendant l'hiver 1941-1942, et sur lesquels nous ne pûmes recueillir aucun renseignement.

CHAPITRE III

COMMENTAIRES

Considérations sur la Maladie de Barlow découlant de notre enquête

---

CIRCONSTANCES D'APPARITION :

Depuis que l'on connaît l'affection on a remarqué que les épidémies survenaient à l'occasion des guerres, des sièges, à cause de la famine provoquée par ces événements.

En 1917 fut signalée une grave épidémie de scorbut en Europe Centrale, et la recrudescence de scorbut infantile de ces années de guerre 1941-1942-1943 doit en être rapprochée.

Il convient de souligner aussi que les cas les plus graves ont été observés en notre ville au cours de l'hiver 1941-1942, hiver où les restrictions furent les plus importantes et les plus pénibles.

Dans la période d'avant-guerre, les cas observés furent très rares : à peine un cas annuel dans le service de M. MOURIQUANT; à Rouen, nous ne trouvons que les 3 observations publiées par M. le Docteur FLEURY dans les numéros de *La Normandie Médicale* des mois de mai 1932 et juillet 1933.

MILIEU ATTEINT :

Il est à remarquer un certain déplacement dans l'échelle sociale des foyers de cette affection; nous relevons en effet dans de nombreux ouvrages et en particulier dans « *L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale* », qu'à un certain moment c'est le milieu bourgeois qui, redoutant l'infection et prônant à l'excès l'alimentation pure et stérilisée, avait fourni un nombre assez important de Maladies de Barlow, alors que notre enquête a montré qu'au contraire tous les cas observés l'avaient été dans des quartiers pauvres de la ville, chez des gens de condition modeste ou dans la clientèle hospitalière, et cela est assez facile à expliquer :

Les milieux bourgeois et éduqués avaient été les premiers à connaître les théories prônant l'alimentation pure et stérilisée et furent les victimes de cet excès de précautions qui excluaient de l'alimentation des nourrissons toute vitamine. L'erreur fut vite dénoncée et l'on prit l'habitude d'ajouter du jus de citron ou d'orange au lait absorbé par les nourrissons.

Lorsque les premières restrictions apparurent, seules les familles aisées pouvaient se procurer des citrons ou des oranges et lorsque ceux-ci à leur tour vinrent à manquer, ils furent remplacés par des jus de fruits et des spécialités renfermant de l'acide ascorbique.

Dans les quartiers pauvres, quand le prix des citrons et des oranges devint plus élevé, les mamans crurent souvent qu'elles pouvaient s'en passer et quand ces fruits disparurent complètement, au mois d'avril 1941, beaucoup n'eurent pas l'idée d'employer d'autres jus de fruits et encore moins des comprimés d'acide ascorbique; c'est alors que l'épidémie se déclencha.

Certes, le Secours National distribuait des bonbons vitaminés, mais aux enfants d'âge scolaire et, s'il était

conseillé aux parents d'en donner aux nourrissons, en réalité bien peu de ceux-ci en reçurent.

Le lait :

C'est dans cette ignorance d'hygiène alimentaire de certains milieux qu'il faut surtout rechercher les causes de réapparition de l'affection; les enfants, privés de jus de fruits, furent donc nourris exclusivement avec du lait, et, qui plus est, avec du lait de ville, donc ayant voyagé et ayant été transvasé plusieurs fois, ce qui, comme l'a montré M. Boquien dans sa thèse du 27 octobre dernier, diminue considérablement sa valeur en vitamines.

Et ce lait, privé déjà de beaucoup de ses qualités, fut soumis fréquemment à une ébullition prolongée : dans plusieurs de nos observations, le lait était fourni par une crèche où il était bouilli pendant 40 minutes, ce qui donnait un aliment particulièrement scorbutigène.

Remarquons qu'aucun de nos petits malades n'était alimenté au lait concentré; en effet, le lait concentré sucré, habituellement donné aux nourrissons, est stérilisé à basse température et serait capable de garder sa valeur en vitamines pendant plusieurs mois.

L'absence de scorbut à la campagne peut être due à une meilleure qualité du lait et à une stérilisation moins poussée et moins systématique. Mais encore une fois, notre enquête a été trop imparfaite sur ce point pour que nous puissions en tirer des conclusions sérieuses.

L'age :

Tous les enfants dont nous avons publié l'observation ont plus de 6 mois et moins de 10 mois; ce qui cadre bien avec les données classiques publiées à ce jour, d'après lesquelles la Maladie de Barlow n'apparaît que

chez des nourrissons élevés depuis plus de 6 mois exclusivement avec du lait ou tout autre aliment stérilisés.

Et à propos d'âge, on nous permettra d'ouvrir une parenthèse et de remarquer qu'aucun cas de scorbut de l'adulte n'a été observé dans la région, alors que les différents services de médecine de l'Hospice Général de Rouen ont reçu nombre de malades atteints d'œdèmes de carence; chose logique d'ailleurs, car si nous avons souffert en ville du manque de protides et de graisses, notre régime, loin d'être scorbutigène, est essentiellement végétarien et pratiquement nous n'avons jamais manqué de légumes ou de fruits frais.

SYMPTOMATOLOGIE :

Ainsi que nous l'avons déjà signalé dans notre exposition, nous n'avons pas la prétention d'apporter d'éléments nouveaux dans l'étude de la symptomatologie du scorbut infantile, les travaux sur cette maladie étant très nombreux; et l'on peut considérer cette question comme parfaitement mise au point.

Cependant nos observations, quoique fort incomplètes, peuvent nous permettre de souligner certains points intéressants.

Tout d'abord le diagnostic est très difficile si l'on n'a pas l'attention attirée systématiquement sur certains signes.

Chez tous les petits malades, nous retrouvons un symptôme important : la douleur; tous ont été conduits au médecin parce qu'ils souffraient, soit simplement des membres inférieurs, soit des quatre membres.

A la douleur s'ajoutait un certain degré d'hypotonie musculaire simulant la paralysie (un examen électrique fut même pratiqué chez l'un des enfants), c'est la pseudo-paralysie de la Maladie de Barlow.

Des hématomes sous-périostés ont été rencontrés dans notre observation n° 4. C'était dans ce cas particulier le symptôme primordial : en effet, le diagnostic avait erré pendant plus d'un mois chez un enfant présentant de la fièvre avec diarrhée et amaigrissement important, puis était apparu un foyer de congestion pulmonaire. Certes, la tuméfaction gingivale, quoique légère, eût peut-être dû faire penser au scorbut, mais ce n'est que le gonflement des jambes avec œdème, venant avec la polyalgie, les troubles intestinaux et la fièvre, qui fit poser le diagnostic de Maladie de Barlow.

Chez cet enfant, ce symptôme prenait son importance aussi du fait de son intensité extraordinaire : la lésion triplait en effet la largeur du fémur et la radiographie montrait une ossification de cet hématome, posant un nouveau problème thérapeutique : l'acide ascorbique n'avait pas suffi en effet à le faire se résorber. L'institution d'un traitement mixte : Laroscorbine + Radiothérapie vint à bout de cette formation et la guérison fut complète.

Dans l'observation de l'enfant Françoise M..., bien que vraisemblables à l'examen clinique, les hématomes sous-périostés n'étaient pas visibles aux rayons X.

Les lésions osseuses sont la règle dans le scorbut infantile et chez la plupart de nos malades des examens radiologiques ont été pratiqués : Radiographies des genoux qui, chez l'un, a montré des hématomes sous-périostés et chez tous les autres des altérations des extrémités diaphysaires (trabéculation peu visible avec parfois des images d'éperons) et un cerclage des noyaux épiphysaires.

Il eut été intéressant de faire pratiquer des radiographies des membres supérieurs, en particulier chez les enfants qui présentaient des douleurs de la région scapulaire et une radiographie des côtes pour les nourrissons chez qui l'on avait noté un chapelet costal.

La notion de fièvre n'a été mentionnée que dans peu d'observations; dans l'une d'elles, nous relevons de plus

une affection concomitante : la congestion pulmonaire de la base droite, mais cette affection surajoutée ne faisait qu'augmenter une fièvre préexistante.

A noter la rareté des hémorragies gingivales, qui n'ont été signalées que dans une seule observation.

Il nous faut regretter que des examens hématologiques n'aient été entrepris que dans un seul cas, d'autant plus que l'anémie est mentionnée dans plusieurs observations; manque de même le dosage de l'acide ascorbique dans l'urine; lacunes très explicables chez des enfants n'ayant pas été hospitalisés.

Dans l'urine, en effet, l'on trouve ordinairement 15 milligrammes d'acide ascorbique par jour et au-dessous de 10 milligrammes on peut affirmer la carence.

Ces dosages, bien qu'ils ne soient pas d'une fidélité absolue (il existe en effet dans l'urine des corps oxydo-réducteurs, qui donnent les mêmes réactions chimiques que l'acide ascorbique), ces dosages ont cependant une certaine importance puisqu'ils permettent, dans certains cas, de déceler des manifestations frustes d'avitaminose C.

Chez la petite Françoise M..., la recherche de l'acide ascorbique dans l'urine a été pratiquée, mais les résultats ont semblé anormaux : il a fallu en effet 43 jours pour saturer l'organisme et une dose totale de 5 gr. 85 d'acide ascorbique.

Cependant nous relevons dans un article de MM. Fiessinger, Dupuy et Aussannaire, qu'un de leurs malades adulte reçut pendant 13 jours 0,40 centigrammes d'acide ascorbique + 4 citrons 1/2 avant que l'acide ascorbique apparût dans les urines.

M. Lesne, soignant une fillette de 5 ans atteinte de maladie cœliaque et pesant 9 kgs, doit lui donner quotidiennement pendant 15 jours le jus d'un citron et 0,10 centigrammes d'acide ascorbique avant de constater l'ascorbicurie.

Enfin, en 1939, Mlle Bonhomme cite dans sa thèse une

observation de MM. Bénard, Merklen et Pequignot, dans laquelle un malade avait reçu 6 gr. 300 de vitamine C; son syndrome hémorragique céda, mais il mourut dans le coma sans avoir présenté d'ascorbicurie.

Peut-être faut-il en déduire que les symptômes de scorbut régressent avant que l'organisme soit saturé d'acide ascorbique.

Notre enquête ne nous a fourni que des scorbuts relativement évolués, mais il est probable que sont passés inaperçus de nombreux cas frustes caractérisés simplement par une anémie plus ou moins importante, des troubles digestifs, de la température; et, dans la période actuelle, lorsque après le sixième mois une anémie s'installe chez un nourrisson et que la tuberculose, la syphilis et les infections ou intoxications diverses peuvent être écartées, la possibilité d'une anémie d'origine alimentaire, d'une anémie de carence doit être soulevée et un traitement dans ce sens institué.

Thérapeutique :

Nous n'avons rien à ajouter au point de vue Thérapeutique. Tous les enfants ont été traités par le jus de fruits et l'acide ascorbique, ce traitement doit être continué jusqu'à disparition des signes cliniques et (si l'on peut faire des dosages dans l'urine) jusqu'au moment où la quantité d'acide ascorbique éliminée corresponde à 40 % au moins de la quantité ingérée. Nous avons vu que l'amélioration ne se faisait pas attendre.

Prophylaxie :

Beaucoup plus intéressante est la prophylaxie de l'affection : différents travaux ont montré l'altération du lait que l'on peut se procurer dans les gros centres urbains,

sa faible teneur en acide ascorbique. Pour peu qu'il soit soumis à une ébullition un peu prolongée, voilà un aliment qui, employé exclusivement, devient scorbutigène. D'où l'utilité d'ajouter au régime des nourrissons des jus de fruits ou de l'acide ascorbique, précaution indispensable et qui, à l'heure actuelle, est presque entrée dans les habitudes.

Dans ce but, un effort fut d'ailleurs entrepris et la presse fut alertée; un article fut publié dans *Le Journal de Rouen,* le 20 février 1942, dans lequel étaient exposés les dangers de scorbut et les moyens d'y remédier par l'administration de jus de fruits locaux et de bonbons vitaminés; ceux-ci, distribués dans les écoles, doivent être donnés aussi aux nourrissons, bien que ces bonbons entraînent chez ces enfants des selles un peu liquides, inconvénient dû simplement à la vitamine B qui possède un pouvoir légèrement laxatif.

Un autre article dans le même sens fut publié au début de l'hiver 1942-1943.

CONCLUSIONS

Notre travail, simple enquête sur la Maladie de Barlow à Rouen, pendant les années 1941-1942-1943, permet de tirer les conclusions suivantes :

1° Alors que la Maladie de Barlow était rarissime à Rouen, son apparition depuis 1941 constitue un fait qu'il était intéressant d'étudier.

2° Dix observations ont pu être recueillies, auxquelles il convient d'ajouter 5 ou 6 cas dont nous avons eu connaissance, mais sur lesquels nous n'avons pu recueillir aucun renseignement. Ce chiffre est peu élevé étant donné l'importance de la population rouennaise, mais il y a lieu de supposer que les formes frustes ont dû être très fréquentes.

3° A l'origine de cette petite épidémie, il faut incriminer la très grande rareté dans nos régions, consécutive à l'état de guerre, des fruits employés habituellement à titre préventif dans l'alimentation des nourrissons élevés avec des laits stérilisés.

4° La symptomatologie de ces observations a été classique.

5° En période de restrictions, faute de fruits, il convient, à titre prophylactique, d'utiliser systématiquement la vitamine C synthétique ou acide ascorbique.

Vu,
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu,
Le Président de Thèse :
CATHALA

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

FLEURY (Jean). — Scorbut du nourrisson fébrile et sans hémorragies. (*Normandie Médicale*, mai 1932.)

— Sur les Ostéopathies du scorbut et de l'hérédo-syphilis précoce. (*Normandie Médicale*, juillet 1933.)

FIESSINGER, DUPUY et AUSSANAIRE. — Evolution de l'Ascorbicurie dans le traitement du scorbut de l'adulte. (*S. M. H.*, 1937.)

FIESSINGER. — Déficiences vitaminiques et hormonales.

— Maladies actuelles. Le Scorbut (Cachera).

MEUNIER et RAOUL. — Le diagnostic chimique des avitaminoses.

LETONDAL. — Traitement du scorbut infantile par l'acide ascorbique. (*Pédiat.*, avril 1937.)

BONHOMME (Mlle Marguerite). — Sur un cas de scorbut mortel chez un hépatique. (1939).

BOQUIEN. — Etude de six observations de scorbut infantile chez des nourrissons élevés au lait de vache de crèmerie. (*Thèse de Médecine*, Paris, octobre 1943.)

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Pédiâtrie (Scorbut infantile).

— Maladies de la nutrition (Scorbut).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S